

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 26 décembre 1899, à 1 heure

Par ALBERT PESQUEREL

Né à Bayeux le 19 juin 1867.

Ancien interne à l'Hôtel-Dieu de Caen

APPENDICITES CHRONIQUES

Président : M. LE DENTU, professeur.

*Juges : { MM. REMY, professeur.
THIÉRY et ALBARRAN, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

144

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	HUTINEL.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	N.....
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD.	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN.	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRÉ	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (Aug.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHARRIN	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LAUNOIS	TEISSIER	
DELBET	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A

MONSIEUR LE DOCTEUR BARETTE

Professeur de Clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine de Caen
Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris
Officier de l'Instruction publique

MON CHER MAÎTRE,

Permettez-moi de vous dédier ce modeste travail. Je l'aurai voulu plus complet ; plus digne du maître qui l'a inspiré, qui, par ses conseils, a rendu ma tâche plus facile et à qui, surtout je dois tant ; mais, malgré ses nombreuses imperfections, j'ose espérer cependant que vous voudrez bien l'accepter en témoignage d'une affectueuse et profonde reconnaissance.

PESQUEREL.

A

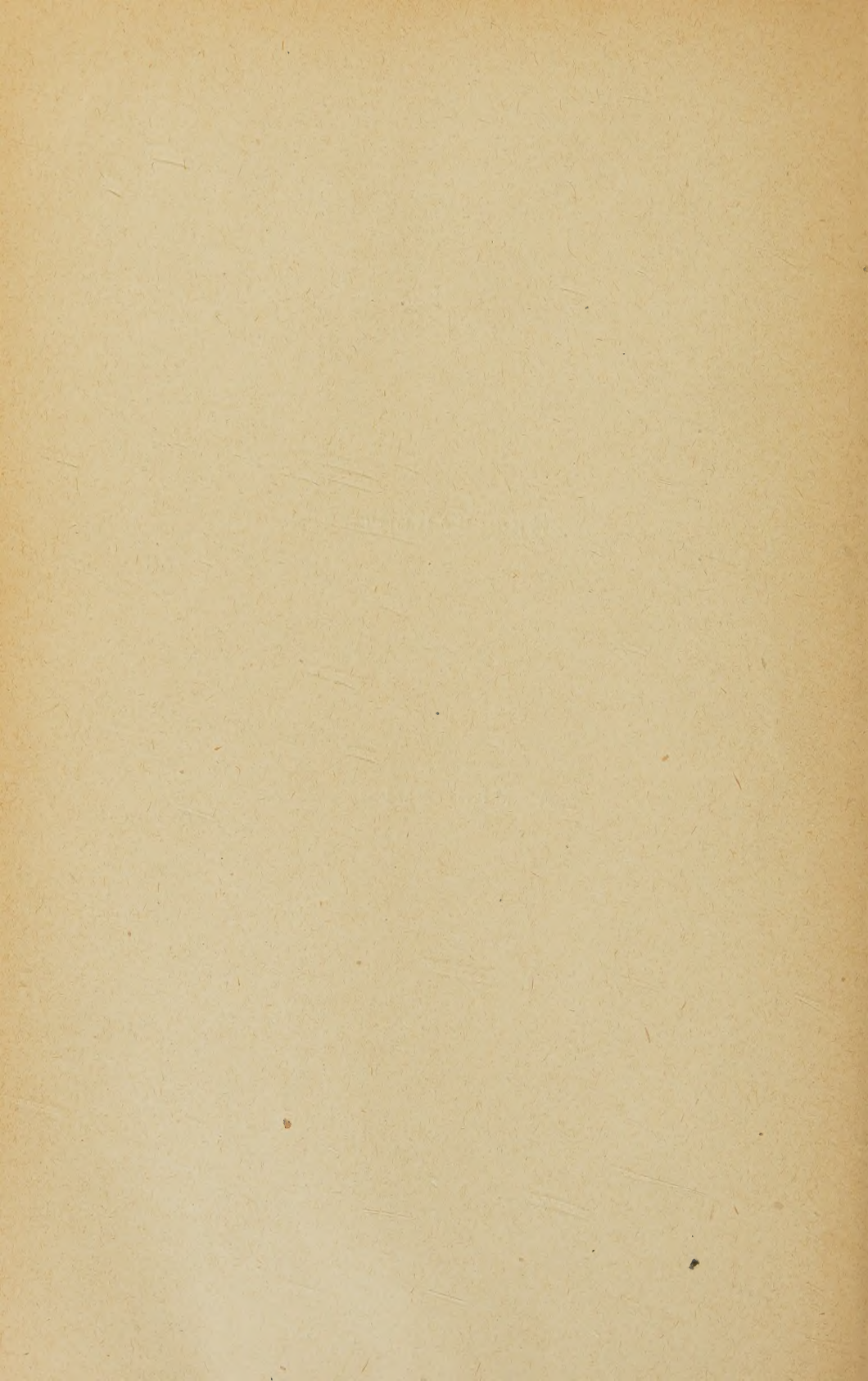
MONSIEUR LE DENTU

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris
Officier de la Légion d'honneur

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de
notre thèse inaugurale.*

A MES PARENTS

A MES AMIS



APPENDICITES CHRONIQUES

AVANT-PROPOS

C'est un devoir bien doux à remplir que de pouvoir offrir nos hommages de bien vive reconnaissance aux maîtres dévoués, qui nous ont guidé dans nos études médicales.

Qu'il nous soit donc permis de remercier tous nos maîtres de l'Ecole de médecine de Caen et en particulier MM. Auvray, Barette, Catois, Fayel, Gidon, Guillet, Moutier, Nourry et Osmont, dont la bienveillance s'est maintes fois manifestée à notre égard et pour les conseils éclairés qu'ils n'ont cessé de nous prodiguer.

Nous ne devons pas oublier que dans les services de M. Cuffer et de M. Le Dentu à l'hôpital Necker, de M. Comby à l'hôpital des Enfants-Malades, de MM. Potain et Tillaux à l'hôpital de la Charité, et enfin à la Clinique Tarnier avec M. Budin, nous avons assisté à des leçons d'un bien vif intérêt.

Nous espérons y avoir beaucoup appris et nous voulons toujours nous en souvenir dans le cours de notre carrière médicale.

INTRODUCTION

Plus que centenaire, puisque dès 1759 Mestivier signalait pour la première fois les lésions du vermium, l'appendicite ne s'est définitivement acclimatée dans nos traités classiques et n'est entrée dans le cadre nosologique que depuis quelques années seulement, après les travaux remarquables de Fitz en Amérique, de Sonnembourg en Allemagne, de Roux en Suisse, enfin et surtout de Talamon en France.

Depuis, cette affection est à l'ordre du jour. A chaque instant, nos maîtres les plus autorisés et nous citerons Messieurs Tillaux, Dieulafoy, Quénu, Le Dentu, Reclus, Brun, Routier, Tuffier, Jalaguier, Delbet et Sébilleau apportent des matériaux nouveaux à l'édifice de l'appendicite et nous font pénétrer de plus en plus dans la connaissance de cette maladie.

Mais ce fut surtout dans l'étude de sa forme aiguë et pour discuter la pathogénie et l'opportunité de l'intervention chirurgicale que les praticiens ont brisé leurs plus belles lances. La forme chronique de l'appendicite, à peine ébauchée, ne semble pas sortir de si tôt de son obscurité et cette affection, que nous reconnaissons assez facilement dans ses manifestations aiguës, est le plus souvent méconnue, pour peu qu'elle évolue d'une façon insidieuse. Sans doute, les auteurs classiques en font mention et veulent

bien consacrer quelques lignes bien modestes à cette forme, qui paraît si peu intéressante. Tout récemment Messieurs Brun, Jalaguier, Legueu et Faure ont fait insérer des articles très savants sur ce sujet dans les revues de chirurgie. Mais il nous semble que jusqu'à présent, les chirurgiens ont surtout négligé l'étude des symptômes, absorbés tout entiers par l'idée de l'intervention.

Nous n'avons pas la prétention de combler cette lacune ; mais dans l'exposé général des appendicites chroniques que nous présentons ici et que nous prions nos maîtres d'accueillir avec bienveillance, nous désirons seulement apporter aussi quelques matériaux pour l'édification de cette grande affection.

C'est à M. le docteur Barette, notre professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine de Caen, que revient l'idée de cette thèse. C'est lui qui a eu l'obligeance de nous confier les dix-sept observations dont nous faisons suivre ce travail. M. Barette a bien voulu nous aider aussi de ses conseils et de ses lumières. Il nous a initié à ses recherches personnelles. Nous savons que nous lui devons beaucoup et nous sommes heureux de lui exprimer ici notre bien vive reconnaissance.

Nous insisterons plus particulièrement sur la pathogénie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie, le diagnostic et le traitement des appendicites chroniques.

CHAPITRE I

Pathogénie.

Pour M. Dieulafoy, l'origine première de l'appendicite, le fait essentiel, celui qui domine toute l'histoire de cette affection, c'est l'oblitération et la transformation du canal appendiculaire en une cavité close.

Par quel mécanisme le canal de l'appendice se trouve-t-il oblitéré ?

Talamon prétend que des calculs d'abord formés, roulés, comme des boulettes, sous le doigt dans le cœcum, pénètrent ensuite dans l'appendice et occasionnent à ce moment la douleur qui est le symptôme dominant de l'appendicite. (Colique appendiculaire).

Cette théorie a été combattue par les arguments de M. Rochaz qui tente de démontrer que les calculs naissent dans l'appendice et n'ont pas toujours la forme arrondie que prétendait Talamon.

Mais l'appendicite n'est pas toujours calculeuse. Cette affection provient et même le plus souvent d'une infection locale. Cette forme d'appendicite, dénommée catarrhale par les chirurgiens américains, fut longtemps combattue par certains auteurs, qui ne voulaient admettre que l'appendicite calculeuse. Ils prétendaient que si l'on ne retrouve pas toujours le calcul dans l'appendice, c'est qu'il avait

dû tomber dans le péritoine à travers l'orifice nécrosé ou perforé, ou bien encore avait dû repasser dans le cœcum. Ces arguments ne sont pas sans valeur, mais ils n'enlèvent rien à la théorie de l'appendicite dite catarrhale. Il faut bien se rendre à l'évidence et reconnaître qu'il existe des appendicites calculeuses et non calculeuses. D'ailleurs, dans un grand nombre d'examens de pièces d'appendicites chroniques, opérées à froid, on n'a trouvé aucune trace de concrétion soit fécale, soit d'autre nature.

Donc le canal appendiculaire peut être transformé en cavité close par un calcul ou sous l'influence d'une inflammation non calculeuse, par tuméfaction de la muqueuse et des parois. Souvent même, ces deux processus sont trouvés réunis. Cette altération peut aussi provenir d'un processus fibroïde, résultat d'inflammations antérieures de la muqueuse.

Que va-t-il se produire dans cette cavité close ? Tous, nous savons que l'appendice, comme l'intestin, renferme de nombreux microbes, et en particulier le coli-bacille. Les microbes, qui à l'état normal étaient inoffensifs, se trouvant emprisonnés, vont exalter leur virulence. Ils vont devenir un foyer de poly-infection, comme l'ont démontré les expériences de Clado en 1889, puis de Bennecken et enfin de Klecki.

Mais cette théorie du vase clos proposée sans restriction par M. Dieulafoy était loin de donner satisfaction à tous. C'est contre son absolutisme que se sont élevés nos maîtres en chirurgie. Ils démontrèrent, en effet, avec preuves à l'appui, que l'appendicite peut exister alors que la cavité est restée perméable. Entre autres, M. Brun a

relié plusieurs cas où la lumière de l'appendice était largement ouverte. M. Tuffier déclare que sur 54 cas d'appendicites opérées, il a presque toujours trouvé l'organe perméable, de même, MM. Le Dentu, Pozzi, Reclus, tout en admettant, l'influence de l'occlusion ont voulu démontrer que ce ne pouvait être une théorie générale.

En face de cette théorie du vase clos, exaltant la virulence des microbes, contenus dans l'appendice, M. Dudley, P. Allen de Cleveland émettent une opinion qui, sans être en complet désaccord avec celle de M. Dieulafoy, fait remonter l'origine de l'appendicite à une cause primordiale, due à des vices de développement et à la descente anormale de cet organe pendant la vie fœtale.

Il part de ce principe, basé sur des expériences personnelles, que le premier degré du processus pathologique est la coudure de l'appendice, due à une anomalie dans le processus de développement de cet organe et de son méso pendant la vie embryonnaire. Si cette hypothèse est exacte, la succession des autres phénomènes s'explique facilement : La coudure peut être suffisante pour s'opposer à l'écoulement des matières dans l'intestin. Le liquide, sécrété par la muqueuse de l'appendice ne pouvant s'écouler, il se produit aussitôt une augmentation de la pression dans cette cavité. Les efforts, que fait l'appendice pour se débarrasser de cet état de distension, donnent lieu à des accès périodiques de douleurs, comparables à une colique. Comme la tension devient de plus en plus forte au niveau de la flexion, la muqueuse s'altère et disparaît peu à peu. La destruction de la muqueuse atteint les parties sous-jacentes, un tissu de cicatrice lui

succède. Ce processus s'accroît à mesure que l'oblitération de la lumière du canal augmente. Il peut en résulter une tension si forte de la partie terminale que la nutrition des parois est fortement compromise, d'où l'ulcération et la perforation.

M. Reclus n'est-il pas de cet avis, quand dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie* de 1896, page 787, il insiste sur l'importance de la situation déclive, des coutures et torsions de l'appendice, qui en font un lieu de stagnation ?

Cependant l'hypothèse de la coudure congénitale par vice de conformation ou de développement ne nous semble pas toujours et facilement démontrable. Nous avons observé et nous relatons dans nos observations quelques cas dans lesquels on a trouvé, chez des malades ayant présenté des signes d'appendicite chronique sans accès aigus, de ces coutures dues à des adhérences anormales de méso-appendice et à des sortes de cicatrices de ce méso-appendice. Dans ces cas, nous sommes plutôt disposé à voir les résultats de petites inflammations péri-appendiculaires très-circonsrites dont le début a cliniquement échappé à l'observation.

Il faut aussi admettre avec M. Jalaguier que l'appendicite peut être une manifestation locale d'une infection générale, telle que la rougeole, la variole, la pneumonie, la fièvre typhoïde, l'influenza, l'ictère infectieux. Nous trouvons dans la thèse très documentée de Mlle Gordon de nombreux cas d'appendicite, résultant de la propagation de ces diverses infections au vermium. Des expériences récentes de Charron, Josué et Beaussenat viennent

encore donner un solide appui à cette théorie de l'infection générale.

Il est impossible de ne pas reconnaître aussi la propagation des inflammations intestinales jusqu'au cœcum et de là à l'appendice. M. Reclus a signalé et établi très nettement les liens étroits qui unissent l'entéro-colite et l'appendicite et démontré que celle-ci est fréquemment le résultat de la propagation d'une inflammation voisine de la muqueuse intestinale.

MM. Bland Sutton et Sutherland croient à la possibilité de l'affection appendiculaire par voie sanguine.

CHAPITRE II

Etiologie.

L'appendicite chronique est une maladie probablement plus fréquente que l'on ne croit ; mais elle nécessite pour être dépistée l'observation minutieuse d'un très grand nombre de sujets.

Dans un travail récent de MM. Tuffier et Jeanne de Rouen, sur cent cinquante sujets, pris absolument au hasard, mais presque tous âgés, on trouve que trente présentent des altérations anciennes de l'appendice, se traduisant par des condures et des adhérences du vermium.

On rencontre l'appendicite chronique chez des sujets de tout âge ; mais c'est de dix à trente ans qu'on l'observe le plus fréquemment. Sur les quinze observations que nous présentons : six sujets ont été opérés de dix à vingt ans, six de vingt à trente ans, un seulement de trente à quarante ans et deux de quarante à cinquante ans. Tandis que l'appendicite aiguë paraît se rencontrer plus souvent chez l'homme, il se trouve que nous avons des observations plus nombreuses chez la femme.

Les auteurs ne sont pas très-d'accord sur l'influence du régime alimentaire. Pour M. Lucas-Championnière, l'abus de la viande et l'usage des viandes crues peuvent favoriser l'inflammation de l'appendice. Mlle Gordon considère une alimentation indigeste ou très copieuse comme une des causes fréquentes de l'appendicite chez les

enfants. L'indigestion, le traumatisme direct, Obs. XIII, les maladies infectieuses, Obs. XIV, le refroidissement semblent déterminer l'éclosion de cette affection. L'ingestion de glace a été également signalée.

La hernie de l'appendice a pu également déterminer des crises d'appendicite. Il est évident que l'appendice, tout comme une autre portion de l'intestin hernié, est exposé aux accidents inflammatoires chroniques qui se manifestent par de la pesanteur et de la gêne dans la région de l'anneau inguinal.

Chez la femme, l'appendicite peut être due aussi à la propagation d'une affection des organes génitaux. Cette appendicite d'origine annexielle, comme l'appelle Barnsby, a pour cause première la situation pelvienne de l'appendice ou la position élevée des annexes à la suite d'une infection puerpérale antérieure. Le contact établi, l'organe malade englobe dans ses adhérences l'organe sain et ce dernier devient un lieu de moindre résistance. Sur ce terrain tout prêt une infection nouvelle aura tendance à se localiser ou une infection latente aura chance d'être réveillée.

Monsieur Dieulafoy, dans son étude sur l'appendicite, a envisagé la question de l'hérédité et démontré que cette maladie peut se rencontrer dans une même famille surtout chez celle où règne la goutte, l'arthritisme et la gravelle urinaire ou biliaire. Toutefois il a soin d'ajouter qu'il ne faudrait pas croire que l'appendicite est toujours associée à la diathèse arthritique. Il fallait compter aussi avec les appendicites non calculeuses tributaires d'une infection appendiculaire ou intestino-appendiculaire qui

n'a rien à voir avec l'arthritisme ou avec l'hérédité.

Enfin et pour ce qui a trait plus spécialement à l'étude des appendicites chroniques, nous pensons qu'il faut faire jouer un rôle très important à la constipation habituelle. Cet état produit une intoxication chronique se manifestant du côté de l'intestin par la paresse des parois musculueuses de cet organe, par l'insuffisance habituelle des excréments, par la stagnation dans ses recoins de masses fécales durcies, qui y séjournent très-longtemps, et dans un grand nombre de cas par des phénomènes d'entéro-colite muco-membraneuse ayant ses symptômes spéciaux. Ces entéro-colites, qui peuvent aussi être dues à des infections intestinales d'origine alimentaire, après avoir présenté des symptômes aigus, peuvent s'établir à l'état chronique et devenir ainsi une cause de constipation habituelle. Il est en effet un fait sur lequel nous croyons très utile d'attirer l'attention des cliniciens. Quand on palpe le ventre d'un sujet dyspeptique atteint de constipation habituelle, il est extrêmement fréquent de constater une douleur manifeste à la pression au niveau de la région cœco-appendiculaire. Cette région par sa position déclive semble en effet des plus favorables aux stagnations fécales. Elles entretiennent du côté de l'appendice un état d'infection chronique, qui peut se traduire par des lésions évoluant sourdement du côté de sa muqueuse, se propageant à sa couche séreuse, à son méso et déterminant ainsi ces inflexions par adhérences, ces coutures que nous avons déjà signalées.

D'autre part, si les appendicites aiguës par introduction de corps étrangers dans le vernium ne sont pas ab-

seulement rares, nous sommes en droit d'avancer d'après une de nos observations que les corps étrangers, qui se sont introduits dans l'appendice, peuvent aussi y déterminer un processus inflammatoire chronique (Obs. IX).

Dans le cas que nous rapportons et dont on lira plus loin l'observation, on y trouvera deux grains de plomb. Dans beaucoup d'autres faits, on signale la présence de concrétions calcaires qui se rattachent à la lithiase intestinale des arthritiques, sœurs de la lithiase biliaire et de la lithiase rénale. De même, certaines maladies spécialement infectieuses du tube digestif, comme la dysentérie, la fièvre typhoïde laissent assez souvent après elles des reliquats inflammatoires, qui par leur stagnation dans l'appendice rendent celui-ci longtemps douloureux. Nous en avons relevé un exemple dans une de nos observations (Obs. XIV).

Chez un autre malade que nous avons observé longtemps et qui, après avoir souffert de la diarrhée de Cochinchine, était atteint de constipation chronique, nous avons constaté la douleur appendiculaire permanente.

Pour résumer en quelques lignes ces deux chapitres nous dirons que la grande cause efficiente de l'appendicite chronique est surtout l'infection par le coli-bacille. C'est un fait bien prouvé par les expériences de Roger et par le résultat de l'examen bactériologique. Mais pour donner au coli-bacille l'occasion d'acquérir la virulence nécessaire pour provoquer l'appendicite, il faut encore des causes déterminantes et comme telles peuvent agir une entérite, un corps étranger, la coudure ou la torsion de l'appendice même.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique.

L'étude anatomo-pathologique des appendicites chroniques divise cette affection en deux grandes variétés : les appendicites atrophiques et les appendicites hypertrophiques.

Ce serait une erreur cependant de croire que tout l'organe malade présente en totalité la forme atrophique ou hypertrophique. Il est évident toutefois que l'on a rencontré cette généralisation, puisqu'on a fait cette remarque que l'appendicite atrophique totale est aussi commune que rare est l'hypertrophique. Il est aussi un fait certain, c'est que beaucoup plus fréquentes sont les variétés intermédiaires dans lesquelles soit l'atrophie, soit l'hypertrophie apparaît partielle et circonscrite à une ou plusieurs couches de l'appendice.

Appendicites atrophiques.

Comme dans tous les conduits de l'organisme, la distension permanente de l'appendice est le résultat immédiat des altérations subies dans sa structure. Dans la forme qui nous occupe c'est la transformation fibreuse de la muqueuse et surtout de la sous-muqueuse qui sera la

cause principale des rétrécissements qui accompagnent la dilatation partielle ou générale de l'appendice vermiciforme, comme nous le montrent les observations IX, X, XI, XIII, XV.

Au microscope, on constate les lésions suivantes : L'épithélium de la muqueuse est ordinairement conservé, mais plus mincé. Le chorion est atrophié et sa consistance est augmentée par l'épaississement fibreux de ses fibres conjonctives. Les glandes des tubes sont atrophiées, raccourcies et déviées obliquement. Les follicules sont rares et atrophiés.

La sous-muqueuse est aussi atrophiée, mince, fibroïde.

Les artérioles ont disparu en partie.

Les veinules sont très minces et étalées.

Les deux couches musculaires se sont soudées l'une à l'autre très fortement.

La sous-séreuse et le péritoine ont aussi subi la transformation fibreuse.

On trouve également de petits kystes qui présentent les mêmes lésions que les ectasies générales de l'appendice. Ils renferment du pus, du muco-pus, des calculs stercoraux et un nombre varié de microbes.

Les ulcérations, plus fréquentes à l'extrémité libre, peuvent aussi s'étendre à toute la hauteur de l'appendice.

Sténoses. — Les sténoses résultent des altérations inflammatoires permanentes et irréparables portant sur la totalité de la muqueuse et de la sous-muqueuse.

Ces altérations sténosantes sont toujours la conséquence d'une inflammation chronique. (Voir les observations IX, X, XV. Leur siège est variable, mais il existe le

plus souvent à l'extrémité libre de l'appendice. L'étendue de la sténose est également variable. Tantôt, elle n'a que quelques millimètres, tantôt elle occupe toute la hauteur de l'appendice. Les sténoses sont quelquefois multiples et circonscrivent un espace rempli soit par un calcul stercoral, soit par du pus. (Obs. III, IX, X). Il n'est pas très rare de trouver dans ces foyers d'appendicite chronique des calculs d'origine fécale et formés de couches concentriques calcaires, parfois très volumineuses. M. Barette en possède un exemple qui, sectionné par le milieu, avait pour noyau un haricot. Ce calcul fut trouvé à l'incision d'un abcès fistuleux chronique de la région appendiculaire.

La forme de la lumière du canal rétréci est plus ou moins régulière ; les dimensions en sont souvent très petites. Le maximum des lésions atrophiques se rencontre fréquemment dans les points où l'appendice présente une coudure. Dans quelques cas même, l'organe n'est plus constitué à ce niveau que par une mince couche fibreuse dans laquelle tous les autres éléments ont disparu.

Les lésions histologiques occupent la muqueuse et la zone folliculaire de la sous-muqueuse qui ont quelquefois disparu par ulcération et cicatrisation fibreuse. Le chorion est plus ou moins atrophie. Il est mince, fibreux, peu vasculaire. La *muscularis mucosæ* est atrophiee ou, au contraire, très hypertrophiee. La zone folliculaire de la sous-muqueuse a aussi subi la transformation fibreuse. Les deux couches musculaires de l'appendice sont le plus souvent hypertrophiees, surtout au-dessus des sténoses.

Nous avons observé fréquemment aussi entre l'épiploon,

le mésentère et l'appendice des adhérences fibreuses, résistantes plus ou moins étendues. Tantôt l'appendice n'adhère que par une petite portion de son extrémité libre ; tantôt les adhérences sont plus considérables et remontent à une hauteur variable sur le cœcum.

Ces adhérences se présentent avec des caractères variables. Plus ou moins épaisses, elles se laissent facilement déchirer avec les doigts ; ou bien, au contraire, elles sont fibreuses, dures et rétractées ; l'appendice, noyé au milieu d'elles, ne se décortique qu'avec peine. L'épiploon et le mésentère présentent à leur niveau une vascularisation assez marquée et le tissu graisseux de l'épiploon adhérent est plus abondant.

Il arrive aussi que l'épiploon n'adhère qu'aux organes voisins, au cœcum et à la paroi abdominale ; du moins, les adhérences qui l'unissent à l'appendice sont faibles et peu marquées. Nous avons vu aussi des adhérences épiploïques associées à des adhérences annexielles. L'observation XIII nous donne un exemple d'adhérences épiploïques avec le cœcum et de néo-membranes organisées adhérentes dans la fosse iliaque. Dans les observations II, VI, VIII, XI, l'appendice est soudé aux organes voisins par des adhérences plus ou moins molles et résistantes qui ont quelquefois rendu la résection difficile.

Oblitération de l'appendice. — C'est encore l'extrémité libre du vermium qui est le lieu d'élection de l'oblitération. Elle est le résultat d'un travail inflammatoire occupant circulairement un segment du canal appendiculaire. Le volume et la forme de l'appendice oblitéré sont

très variables et quelquefois l'examen microscopique seul peut établir l'existence de l'oblitération.

Elle résulte de la fusion des deux surfaces opposées de la couche sous-muqueuse et granuleuse qui en s'accrochant à elles-mêmes produisent la sténose. Mais il faut auparavant que la muqueuse soit complètement détruite. Quelquefois toute la couche sous-muqueuse est envahie par le tissu fibreux. Parfois aussi la plaque fibreuse se continue à travers les couches musculaires, avec la sous-séreuse et le méso, transformés en un seul placard cicatriciel.

Appendicites chroniques hypertrophiques.

On a étudié deux variétés d'appendicite chronique hypertrophique :

1° La variété dite folliculite chronique hypertrophique.

2° La sclérose générale hypertrophique de l'appendice.

Dans la première variété, les follicules lymphatiques très-hypertrophiés, s'enfoncent profondément dans la sous-muqueuse et parviennent à effleurer les gros vaisseaux de la zone pré musculaire. Au contraire, les masses folliculaires, traversant la *muscularis mucosæ*, sous laquelle elles s'étalent normalement, viennent infiltrer le chorion de la muqueuse et touchent même parfois l'épithélium cylindrique de revêtement, dans une étendue plus ou moins considérable.

Les follicules hypertrophiés prennent le plus communément la forme sphérique et ovoïde. Ils sont toujours accompagnés de périfolliculite chronique fibreuse.

La sous-muqueuse présente le plus souvent des lésions inflammatoires chroniques diffuses.

La muqueuse est moins altérée. Les glandes de Lieberulm sont très écartées. Le chorion et la *muscularis mucosæ* sont parfois épaissis d'une façon considérable.

Les appendices, atteints de sclérose générale, sont le plus souvent très sténosés.

Appendicites spécifiques

Nous dirons quelques mots des appendicites chroniques spécifiques et en particulier de l'appendicite typhique et de l'appendicite tuberculeuse.

L'observation XIV fait mention d'un malade atteint d'appendicite chronique consécutive à une fièvre typhoïde. L'appendice fut trouvé sous-cœcal, injecté et de teinte hortensia. Une fois ouvert, il présentait près de son extrémité libre deux ou trois petites ulcérations très nettes et entr'elles un piqueté hémorragique de la muqueuse. Pas de péri-appendicite sous-cœcale ni iliaque. Ce sont donc bien les lésions macroscopiques que l'on rencontre à chaque instant dans l'intestin grêle d'un typhique, et cela ne doit pas nous surprendre puisque nous savons tous que la structure de l'appendice se rapproche très sensiblement de la conformation de l'intestin grêle.

L'étude histologique démontre que dans l'appendicite typhique les éléments cellulaires des différentes couches sont dissociées par une diapédèse considérable des globules blancs. Les cellules de la sous-muqueuse sont tuméfiées et ont subi une prolifération abondante. Les fibres

musculaires sont souvent intactes, mais les éléments interstitiels sont grossis et leur noyau entre en multiplication. La séreuse péritonéale est intacte.

Dans l'observation VI nous présentons un jeune malade atteint de péritonite tuberculeuse péri-appendiculaire.

Nous avons trouvé le péritoine et le méso-appendice parsemé de granulations tuberculeuses grisâtres, et le vermium entouré de granulations et d'adhérences molles. Bien que l'appendice n'ait pas présenté de lésions macroscopiques, M. Barette n'a pas hésité à en faire la résection. L'examen histologique a en effet découvert des lésions bien déterminées de tuberculose appendiculaire.

Appendicites pariétales.

Reste à établir le point de départ de certaines appendicites d'évolution chronique dont les altérations consistent en un épaississement et une induration de la paroi.

Les recherches toutes récentes de MM. Tuffier et Jeanne de Rouen ont démontré que ces altérations étaient secondaires aux affections de la séreuse, de la muqueuse, ou pouvaient dépendre d'un trouble dans la circulation en retour. Toutefois, sans nier qu'il puisse exister des appendicites pariétales consécutives à une affection de la muqueuse, ils ont soin d'ajouter qu'ils n'en ont pas observé ou qu'ils n'ont pu les reconnaître dans les nombreuses nécropsies qu'ils ont faites.

Il est plus rationnel, d'ailleurs, d'admettre avec eux que les altérations de la paroi de l'appendice ont leur origine dans une affection primitive de la séreuse ou dans la gêne de la circulation en retour.

Nous terminerons ce chapitre en signalant les particularités que nous avons trouvées dans nos observations sur la situation, la forme, la longueur, etc, de l'appendice :

Situation. — L'appendice a été trouvé : sous-cœcal, deux fois ; (obs. X-XIV), sous-iléal, trois fois ; (obs. IV, XI-XV), sous-cœcal et retro-cœcal interne, une fois ; (obs. VIII), sous-cœcal interne, deux fois ; (obs. III, V), sous-cœcal interne et sous-iléal, deux fois ; (obs. II, XIII).

Forme. — L'appendice cœcal présente le plus souvent une légère courbure lui donnant la forme générale d'un croissant :

Deux fois, nous l'avons trouvé courbé à angle droit en forme L majuscule ; (obs. IV et XII), une fois, il prend la forme d'un V ; (obs. XI), dans un cas, il se présente en tire-bouchon, (obs. VII).

Volume. — Le plus souvent l'appendice est volumineux, turgescant, injecté, très vasculaire, (obs. I-II-III-IV-XI). Dans les observations V et VII son volume normal a triplé.

Longueur. — Il fut trouvé très long dans un cas, (obs. XIV), mesurant neuf centimètres, trois fois ; (obs. XI, XII, XV), mesurant huit centimètres et demi, une fois ; (obs. X).

En général, la longueur varie entre huit et neuf centimètres.

Dans l'observation II, nous avons découvert une petite perforation.

Dans l'observation XIV, l'appendice enflammé présentait à son extrémité deux ou trois petites ulcérations, séparées par un piqueté hémorrhagique.

Dans trois autres cas, l'appendice renfermait des concrétions fécales dures (Obs IX, X, III), et des grains de plomb, une fois (Obs. IX).

Le méso-appendice était triangulaire dans les observations IV, VII, X.

Gros, trois fois (Obs. V, VII, X).

Court une fois (Obs. XII).

Dans un cas, il était manifestement atrophié (Obs. X).

Dans quelques cas, l'appendice, enfoui dans de vieilles adhérences ne peut même pas être trouvé dans sa totalité et semble avoir subi une désagrégation totale.

CHAPITRE IV

Symptomatologie.

Les appendicites chroniques, par leur marche plus ou moins lente et insidieuse, selon les manifestations très diverses qu'elles peuvent revêtir, doivent être divisées en deux grandes variétés.

Dans un premier cas, nous rangerons les appendicites chroniques d'emblée, qui évoluent sans jamais présenter de crises aiguës intercurrentes. Ce sont les plus difficiles à dépister et ce n'est que par un interrogatoire sérieux et méthodique du malade que l'on parviendra à reconnaître la nature de cette affection. Il faudra s'arrêter aux plus petits détails, faire avouer au malade pour ainsi dire tous les symptômes, jusqu'aux plus insignifiants, si l'on veut arriver à un diagnostic ferme et précis.

D'autres fois et le plus souvent l'appendicite chronique se manifeste par des poussées plus ou moins aiguës, sous l'influence de causes très diverses.

Cette distinction bien établie, nous allons successivement passer en revue les différents symptômes de cette affection. Ce sont les mêmes pour les deux formes d'appendicites chroniques. Ils diffèrent seulement par leur violence ou leur atténuation.

Les symptômes généraux sont ordinairement peu marqués. La fièvre n'existe pour ainsi dire pas. Le pouls est normal, la température ne dépasse pas 37°5.

Ils consistent surtout en un amaigrissement plus ou moins accentué, une teinte un peu terreuse de la peau. Les conjonctives sont quelquefois subictériques. L'inappétence est peu prononcée ; les vomissements, si fréquents dans l'appendicite aiguë sont au contraire assez rares dans la forme chronique. Ils sont alors bilieux et s'accompagnent d'un état nauséeux.

Ce qui attire l'attention et fait rechercher l'appendicite chronique se sont les troubles digestifs mal déterminés que présentent les malades qui en sont atteints.

Cet état morbide peut se ramener à trois grands symptômes bien définis : la constipation ou la diarrhée, la douleur du ventre, un empatement dans la fosse iliaque droite.

Constipation ou diarrhée. — La constipation, opiniâtre chez les femmes en particulier, est très accentuée et ne cède qu'aux laxatifs et aux lavements.

Chez d'autres malades, on a observé aussi des alternatives de diarrhée et de constipation un peu analogues à celles des affections néoplasiques de l'intestin. Dans certaines appendicites à forme néoplasique, bien étudiées par MM. Legueu et Beaussenat dans la revue de M. Pozzi, cette constipation suivie de débâcle intestinale, quand elle était accompagnée d'une tumeur dure en sa consistance, lente en sa marche, avec un amaigrissement progressif et une cachexie accentuée, a fait souvent soupçonner une tumeur maligne inopérable, surtout quand ces différents

symptômes étaient réunis chez des malades âgés. D'autres fois la diarrhée survient après une crise. C'est une véritable débâcle, à la suite de laquelle une période de mieux se fait sentir, donnant à croire aux malades qu'ils sont complètement guéris. Il en est aussi qui au lieu d'être constipés sont pris de besoins violents d'aller à la garde-robe deux ou trois heures après les repas et rendent des substances alimentaires mal digérées.

Bien que le plus souvent l'appendicite chronique évolue dans l'apyrexie la plus complète, la fièvre peut apparaître cependant quand la constipation est opiniâtre. Elle est alors due à une infection produite par l'accumulation de matières fécales dans l'intestin. La preuve, c'est qu'elle disparaît avec la débâcle intestinale.

Douleur. — Nous insisterons beaucoup sur le point suivant à savoir que le médecin, appelé auprès d'un malade très-constipé ne devra jamais négliger l'examen physique du ventre, car chez les sujets atteints d'appendicite chronique un phénomène constant est la douleur, d'ailleurs très-variable dans son intensité et sa localisation.

Les uns ne se plaindront d'aucune douleur spontanée et ce n'est qu'à la pression et en la cherchant avec soin qu'elle pourra être décélée et elle se fera sentir beaucoup plus vivement qu'on n'aurait pu le supposer.

D'autres fois, ce n'est qu'un simple endolorissement habituel du ventre. Certains malades comparent ces douleurs à des coups d'aiguilles. Pour d'autres, c'est plutôt une sensation de gêne, de pesanteur dans le côté droit du ventre.

En général, ces douleurs se font sentir trois ou quatre

heures après les repas et semblent correspondre à la plus grande activité de la digestion intestinale. Chez le plus grand nombre, cette période de la digestion est toujours douloureuse avec accentuation des phénomènes si le repas a été trop copieux.

Pour beaucoup de sujets aussi, la douleur se réveille surtout à l'occasion d'efforts et rendent ceux-ci impossibles. Nous en relatons un fait dans l'observation d'un jeune boucher (obs. XV). Chez d'autres, c'est à l'occasion de la marche prolongée. Un de nos malades, élève d'un lycée ne pouvait plus suivre les promenades réglementaires. (Obs. IV).

Le plus souvent, la douleur appendiculaire a son maximum en une région qui siège au milieu d'une ligne tirée de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure. C'est le point de Mac Burney. Il faut palper avec soin cette région et alors même que les douleurs se feraient sentir en d'autres points, on peut, par une pression méthodique, provoquer et exalter la douleur dans la zone appendiculaire. A ce niveau il arrive souvent que le muscle sous-jacent se contracte et se défend. Cette défense musculaire sera déjà un très bon signe. Dans la palpation on peut annihiler cette contraction musculaire en faisant relever les cuisses du malade et le tronc, position qui relâche les muscles de la paroi abdominale.

Le point maximum d'intensité de la douleur pourra être aussi observé un peu plus haut ou un peu plus bas que le point de Mac Burney suivant que la lésion atteint un appendice à type ascendant ou descendant. Dans ce dernier cas, il sera plus difficile de trouver le point maximum

car l'appendice pourra remonter le long de la face postérieure du cœcum jusqu'au côlon.

En plus des douleurs spontanées ressenties dans la région de la fosse iliaque, nous avons observé plusieurs fois, sans les expliquer, que le malade éprouvait des sensations douloureuses dans la hanche, la cuisse et la jambe du côté droit.

Empâtement. — Quand on enfonce le doigt assez profondément au niveau du point douloureux, on perçoit des sensations variables suivant les cas. Tantôt on trouvera au fond de la région un corps dur, cylindrique, plus ou moins vertical, ou pelotonné sur lui-même, quelquefois très sensible. C'est l'appendice. Tantôt c'est un corps arrondi, comme marronné; ou bien encore on sent une plaque mal limitée; c'est aussi l'appendice, mais beaucoup moins net, parce qu'il est englobé dans des adhérences et de nouvelles productions péri-appendiculaires.

Quelquefois, la surface d'empâtement est plus considérable et ressemble à un œuf ou à une mandarine. Elle est souvent plus allongée dans le sens vertical et est due alors à un épaississement du grand épiploon.

Quand la masse est en connexité avec les organes voisins, il est difficile de délimiter la tumeur et l'on doit toujours penser à la possibilité d'une annexite chez la femme.

Dans d'autres cas, le placard se porte vers la ligne médiane et en bas comme pour se rapprocher de la vessie. Des phénomènes vésicaux peuvent alors se produire tels que mictions fréquentes, rétention d'urine, urines purulentes à la suite de fistules.

Durée. — La durée des appendicites chroniques est

très variable. Si nous consultons nos observations, nous trouvons que l'intervention n'a eu lieu que quinze et dix-huit ans après l'apparition des premiers symptômes. Dans les observations II, VI, VIII, X, XI, XII, XIII, XV, XVI, la résection de l'appendice a été faite deux ans, quinze mois, quatre à cinq ans, un an, six ans après le début de l'affection. D'autre part, la résection de l'appendice a été nécessaire au bout de deux, quatre, cinq, six mois après les symptômes du début (Obs. I, III, IV, V, IX, XIV).

Marche. — Souvent au début de l'affection, les symptômes de douleurs et les troubles digestifs qui caractérisent la poussée d'appendicite vont s'atténuer peu à peu et disparaître même complètement. Mais la rémission n'est que passagère ; elle durera un mois, deux mois, trois mois, six mois, un an même et encore n'est-elle pas toujours complète ; mais la lésion existe toujours ; l'appendice touché résistera plus ou moins facilement à l'infection pour toutes sortes de causes que nous n'avons pas à apprécier ici, et il suffira d'une fatigue quelconque, d'un excès quel qu'il soit pour que les douleurs se réveillent avec plus d'acuité. Cette nouvelle poussée pourra disparaître plus ou moins vite sous l'influence d'un traitement médical approprié, sans aucun traitement même, et à un moment donné il pourra survenir une crise aiguë accompagnée d'accidents redoutables et même mortels. Dans certains cas, à la suite d'une de ces périodes aiguës, la tuméfaction augmente, les phénomènes de péri-appendicite chronique deviennent plus manifestes et il se forme lentement pendant plusieurs mois de gros abcès simulant les néoplasmes (Obs. de Legueu et Beaussenat).

Pronostic. — Nous ne contesterons pas que des appendicites chroniques n'aient pas guéri spontanément. Ces cas même sont assez nombreux. Nous n'en restons pas moins convaincus de la gravité du pronostic, parce que tout appendiculaire peut être emporté d'un moment à l'autre par le réveil de complications aiguës et cette constatation doit obliger tout chirurgien à proposer toujours la résection de l'appendice malade.

Généralement les appendicites chroniques créent une véritable impotence fonctionnelle, non seulement pour la digestion, mais pour l'effort en particulier. La marche est quelquefois impossible et des malades sont obligés de s'aliter pendant un temps parfois très long.

Complications. — Dans ce chapitre nous avons déjà parlé des phénomènes vésicaux qui apparaissent quand la production péri-appendiculaire gagne la ligne médiane et vient se mettre au contact de la vessie. Il n'est pas nécessaire toutefois que l'inflammation agisse immédiatement par contact direct sur le réservoir urinaire. Comme dans toutes les affections douloureuses de l'abdomen, ces troubles vésicaux peuvent apparaître subitement par un simple phénomène réflexe.

D'autre part, si le foyer purulent communique également avec le cœcum, des gaz et des matières fécales pourront s'échapper par l'urèthre de même que l'urine passera par le canal intestinal.

D'autres complications peuvent apparaître dans le cours des appendicites chroniques. Nous citerons les abcès de la fosse ischio-rectale et de la fosse iliaque. Les gynécologues ont signalé aussi l'influence de l'appendicite

sur les organes génitaux de la femme. Nous relevons dans la thèse de Barnsby une suite nombreuse d'observations d'annexites appendiculaires. Il est rapporté même deux cas d'appendicites accolées à l'utérus. On a rencontré aussi, mais rarement des collections purulentes s'ouvrant dans le vagin et le rectum.

Nous citerons en dernier lieu les ulcérations et les perforations de l'appendice. Parfois cette perforation fera communiquer la collection purulente avec le gros intestin et dans ce cas l'abcès pourra se vider par l'anüs et le malade s'en tirera à son avantage. Mais le plus souvent, la collection s'ouvrira dans la grande cavité péritonéale. Il s'en suivra une péritonite localisée si des adhérences protectrices ont pu se produire ; mais aussi et trop souvent il n'existe pas d'adhérences, une péritonite généralisée se déclare et dans ce dernier cas ce sera presque toujours la condamnation à mort du malade, terminaison que tout chirurgien ne doit pas perdre de vue pour intervenir au plus tôt.

CHAPITRE V

Diagnostic.

Au début de ce chapitre, nous voulons rappeler une règle sur laquelle nous avons déjà insisté précédemment. Elle est essentielle et il faut que le médecin ne l'oublie jamais. Elle consiste en ce fait qu'on ne doit jamais négliger l'examen physique du ventre chez tout malade qui avoue des douleurs abdominales accompagnées de constipation ou de diarrhée. Cet examen devra en outre être complété par un interrogatoire sérieux et méthodique et il faudra souvent toute la sagacité du clinicien pour dépister la maladie. En agissant ainsi, nous aurons les plus grandes chances d'établir un diagnostic complet qui déterminera non seulement la lésion appendiculaire mais aussi ses différents caractères.

Nous savons qu'il existe deux variétés d'appendicite chronique. Dans la première, le malade a eu dans ses antécédents, à une époque plus ou moins éloignée un état morbide aigu, ayant les caractères d'une attaque d'appendicite. Dans une seconde variété, il n'y a jamais eu, dans son histoire, de ces attaques aiguës, mais on observe depuis un temps plus ou moins long chez lui des symptômes vagues dans le fonctionnement du tube digestif, qui rappellent ceux dont nous avons parlé plus haut. Dans le

premier cas, les attaques aiguës auront été plus ou moins violentes, de nombre variable, à intervalles plus ou moins rapprochés. Elles auront été accompagnées de fièvre parfois intense, de phénomènes de retentissement péritonéal. Le médecin qui a vu le malade pourra même affirmer qu'il y a eu un abcès ouvert dans l'intestin. Chez un certain nombre de sujets, après ces accès aigus, il sera survenu une période de calme relatif que beaucoup de cliniciens considèrent comme la guérison définitive de l'appendicite et qui ne sera traversée que par ces petits accidents douloureux, mais non fébriles dont nous avons parlé dans les symptômes.

Pour les autres appendicites, sans crises aiguës, nous n'avons qu'à nous reporter aux symptômes que nous avons étudiés plus haut.

Et alors deux cas peuvent se présenter :

1° Ou bien ces symptômes gastro-intestinaux (constipation habituelle, constipation traversée de crises de diarrhée, petits phénomènes douloureux réveillés par l'effort ou la fatigue, accès de malaise intestinal presque quotidien pendant la période de la digestion) se présentent sans que l'on puisse percevoir de véritable tumeur appendiculaire. Tout au plus sent-on quelquefois un tout petit empâtement profond arrondi ou cylindrique par une palpation minutieuse.

2° Ou bien les symptômes rappelés ci-dessus se rencontrent concurremment avec une tumeur de la fosse iliaque ou un peu plus haut située dans la région iléo-cœcale. Dans ce cas encore, il y aura à apprécier par un examen très minutieux le volume de la tumeur, sa forme

oblongue ou arrondie, sa mobilité généralement plutôt transversale, que dans le sens vertical. Ou bien, dans d'autres cas, la tumeur sera fixe et même pourra avoir contracté des adhérences avec la paroi abdominale correspondante, occuper toute la fosse iliaque, ou remonter dans la région colique vers la fosse rénale. Le diagnostic dans tous ces cas sera toujours difficile et nous pensons d'après nos observations qu'il faudra discuter ou bien :

1° l'appendicite chronique avec péri-appendicite plastique ordinaire ; 2° la péritonite tuberculeuse de la région iléo-cœcale pouvant très bien débiter par la tuberculose de l'appendice ; ou bien 3° des tumeurs malignes de la même région, qui semblent avoir pour point de départ, d'après deux observations que nous rapportons, des altérations épithéliales de la région iléo-cœcale.

Ajoutons à cela chez la femme ces cas complexes d'annexite droite compliquée d'appendicite ou d'appendicite compliquée d'annexite, deux variétés dont le diagnostic ne pourra être établi que par une étude très minutieuse des commémoratifs utéro-annexiels que l'on pourra relever chez le malade. Dans ces cas, il ne faudra jamais négliger l'examen par le toucher, combiné avec la palpation de l'appareil génital interne de la malade et spécialement du cul-de-sac vaginal droit, dans lequel on pourra percevoir l'extrémité inférieure de la tumeur inflammatoire et des connexions avec l'utérus.

Rappelons encore les formes beaucoup plus rares, mais non négligeables de tumeurs rétro-vésicales ayant donné lieu à des phénomènes vésicaux (dysurie, hématurie, pyurie).

Les tumeurs ainsi perçues peuvent présenter une fluctuation plus ou moins profonde et perceptible ou se montrer dures et bosselées : 1° Quand elles sont fluctuantes, on recherchera dans les commémoratifs du malade ce qui pourra attirer l'attention sur les suppurations provenant du rein ou du tissu périrénal du côté droit et alors on remarquera presque toujours la lenteur très grande de leur évolution, l'absence générale de troubles intestinaux comme ceux que nous avons signalés. Quelquefois, le début semblera avoir été une contusion de la région lombaire. La sonorité de l'intestin recouvrera presque toujours la masse profondément fluctuante surtout si l'on a eu soin de faire précéder l'examen par l'administration d'un bon purgatif.

Il faudra encore rechercher si l'on n'a point affaire à un gros abcès ossifluent remplissant la fosse iliaque droite, ayant pour origine un point douloureux fixe reconnu par la pression des dernières vertèbres lombaires ou de l'articulation sacro-iliaque. Là encore l'intestin, soulevé par l'abcès, présentera une sonorité qui mettra le clinicien sur la voie.

Une tumeur stercorale pourra aussi en imposer. On constatera de la constipation, des coliques intermittentes. A la palpation, on trouvera une tumeur cylindrique, irrégulière, bosselée pâteuse, qui s'écrasera sous le doigt. La paroi abdominale glisse au-devant de cette tumeur que l'on peut déplacer latéralement. Tout disparaîtra avec un purgatif.

La cholécystite calculieuse ne se montre qu'à un âge assez avancé, chez les femmes surtout. Elle est précédée

de coliques hépatiques que le malade ne sait pas toujours définir. Il existe une tumeur immédiatement en dehors du muscle droit, mais se continuant avec le foie et ayant la forme caractéristique de la vésicule libiaire distendue. Il peut y avoir de la constipation, mais on retrouvera aussi dans les garde-robes de petits calculs biliaires qui mettront sur la voie.

Arrivons maintenant au diagnostic parfois très difficile entre les appendicites chroniques compliquées de grosses productions plastiques formant tumeur adhérente et les néoplasies malignes de la région qui, elles aussi, ont englobé le grand épiploon correspondant, la portion voisine du mésentère et qui se sont fixées ou tendent à se fixer dans la partie supérieure de la fosse iliaque et même à la paroi abdominale. Dans ces cas, on trouve les mêmes alternatives de constipation et de diarrhée déjà signalées. On rencontre des hémorrhagies intestinales quelquefois abondantes, d'autres fois très minimales qui ne sont pas exceptionnelles, quoique beaucoup plus rares dans l'appendicite non néoplasique.

On se dira peut-être que l'amaigrissement rapide du sujet, l'aspect dit cachectique seront plus marqués dans les néoplasmes. Cela est vrai, mais s'observe aussi dans les vieilles appendicites. Si par hasard on rencontre sur ces sujets un foie volumineux, bosselé, des ganglions sus-claviculaires tuméfiés, le diagnostic de cancer sera évident ; mais il n'en est pas toujours ainsi. Des accidents d'occlusion intestinale, survenus chez un malade chez lequel on constate des tumeurs de cette nature seront beaucoup plus fréquents dans les néoplasmes malins,

bien que l'on observe aussi ces accidents dans certains cas de sténose iléo-cœcale formant tumeur et dans lesquels il n'y a pas de cancer proprement dit.

Il est certain d'ailleurs que tout bien examiné, l'indication de l'opération chirurgicale sera toujours la même, car les faits observés, surtout dans ces dernières années, tendent à montrer que les chirurgiens, ayant décidé d'intervenir ont trouvé indistinctement, les uns, des lésions inflammatoires chroniques simples, les autres des néoplasmes.

CHAPITRE VI

Traitement.

Que les appendicites chroniques évoluent sans présenter de crises aiguës ou que leur marche soit parsemée de poussées plus ou moins violentes, le traitement est unique, c'est l'intervention chirurgicale.

Avec MM. Brun, Roux et Barette nous dirons que l'appendice une fois touché ne reconquiert qu'exceptionnellement son intégrité primitive ; les foyers mal éteints qu'il renferme constituent un perpétuel danger ; c'est donc un organe qui doit disparaître. L'intervention, même après une seule crise doit être la règle et l'opération sera d'autant plus facile et partant moins dangereuse qu'elle aura été plus précoce. Sans doute, il sera difficile de faire accepter une opération par un malade qui n'éprouve que quelques symptômes jugés par lui insignifiants. A plus forte raison le malade, qui se croira guéri, refusera l'intervention. Le médecin devra lui faire comprendre que la guérison n'est pas définitive et que s'il y a récurrence, il serait dangereux de temporiser davantage et que l'intervention chirurgicale est le seul traitement rationnel.

MM. Jalaquier, Broca, Potherat, Guinard préfèrent attendre après une seconde rechute.

MM. Legueu, Schwartz, Ricard estiment également que si après une première crise tout rentre dans l'ordre, si tout phénomène morbide disparaît, si la palpation ne révèle plus ni douleur, ni tuméfaction, il est bon de s'abstenir de toute intervention.

L'hésitation pour les défenseurs de cette seconde opinion provient évidemment de la gravité et de l'aléa qui accompagnent toujours une opération de ce genre et nous voulons parler de l'intervention à froid. Ils veulent laisser au malade une chance de s'en tirer sans courir les risques d'une opération ; mais nous pensons bien plutôt que tout sujet qui a eu une attaque d'appendicite a les plus grandes chances, si l'on peut dire, d'en avoir d'autres dans un temps plus ou moins éloigné et nous sommes avec M. Brun et Barette de Caen un partisan déterminé de la résection appendiculaire, même après une seule crise.

Pour soutenir cette opinion nous nous appuyons sur quinze opérations d'appendicite chronique qui ont été pratiquées dans une période de quinze mois environ par M. Barette, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine de Caen. Tous ces malades, opérés après plusieurs crises plus ou moins violentes et dans des conditions plus ou moins favorables, ont tous guéri sans complications même légères et pourtant M. Barette eut dans certains cas quelque peine à retrouver l'appendice.

Nous concluons de ceci que si l'intervention donne de si beaux résultats pratiquée après plusieurs crises et dans des conditions de difficulté d'exécution parfois très-grandes, à plus forte raison, l'intervention à froid après une première crise aura plus de chance encore de réussir.

Nous faisons cette seule réserve pourtant ; c'est qu'il faut que le diagnostic d'appendicite soit évident et qu'aucun doute ne puisse s'élever dans l'esprit du chirurgien. Il sera toujours utile d'ailleurs de faire précéder cette intervention à froid par un traitement méthodique et suivi pendant quelque temps des phénomènes d'entéro-colite plus ou moins marqués qui l'accompagnent. Ce traitement aura pour base la lutte contre la constipation et l'antisepsie intestinale. Une alimentation légère plus végétale que carnée, le régime lacté total ou partiel seront alors très-utiles. On pourra voir la douleur appendiculaire disparaître, tout rentrer dans l'ordre et bien que nous jugions l'intervention encore préférable, on pourra quelque peu céder aux craintes opératoires du malade et de son entourage, mais à la condition expresse de bien les avertir qu'à la première récurrence, il faudra opérer sans retard.

Dans quelles conditions et comment doit se faire l'opération ?

Les conditions peuvent se résumer à trois :

1° Absence de toute maladie aiguë ou subaiguë au moment de l'opération.

2° Certitude de réaliser une asepsie opératoire absolue.

3° Diminution des symptômes physiques.

On fera absorber au malade des antiseptiques intestinaux pendant les quelques jours qui précèdent l'opération : régime lacté et salol, purgatifs salins. L'anesthésie générale est indispensable. On prendra tous les soins de propreté d'usage. La vessie sera vidée.

Opération.— L'opération comprend quatre temps principaux :

1° Incision de la paroi abdominale ;

2° Recherche de l'appendice et libération des adhérences ;

3° Résection de l'appendice ;

4° Restauration de la paroi abdominale.

Incision de la paroi abdominale. — Nous n'indiquons pas tous les procédés qui ont été préconisés au sujet du trajet de l'incision de la paroi et de la place qu'elle doit occuper. Nous citerons cependant deux modes d'incision qui semblent se partager la faveur des chirurgiens. Ce sont l'incision de Roux de Lausanne et celle de Max Schüller. L'incision de Roux, parallèle à l'arcade de Fallope et à la crête iliaque, est longue de quinze centimètres. Elle est située en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure et à un centimètre et demi ou deux centimètres de cette épine. Nous ne sommes pas très partisans de cette incision, qui a l'inconvénient de sectionner les fibres des muscles obliques et transverse, ce qui contribue à diminuer la solidité de la cicatrice. L'incision de Max Schüller est préférable en ce qu'elle ne cause la section d'aucun muscle, ce qui est précieux au point de vue des éventrations. C'est une incision latérale et verticale passant à un centimètre et demi environ en dedans du milieu d'une ligne qui irait de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la symphise pubienne. Nous donnons cependant la préférence à l'incision de M. Jalaquier qu'il décrit de la façon suivante :

« Sur le milieu de l'espace qui sépare l'épine iliaque
« antéro-supérieure de l'ombilic je fais une incision de
« huit à dix centimètres parallèle au bord externe du mus-

« cle droit. Le tiers supérieur de cette incision est au-dessus
« de la ligne iléo-ombilicale, les deux tiers inférieurs sont
« au-dessous. J'arrive directement sur l'aponévrose du
« grand oblique qui est fendue de haut en bas dans toute
« la longueur de la plaie. Les deux lèvres de l'incision
« aponévrotique sont saisies avec les pinces à pression
« et la lèvre interne est réclinée en dedans pour décou-
« vrir la partie externe de la face antérieure du grand
« droit enfermé dans sa gaine. Le bord externe du mus-
« cle est facile à reconnaître à la vue et au toucher ».

L'incision que nous avons vu pratiquer à M. Barette se rapproche beaucoup de celle de M. Jalaguier ; mais le plus souvent M. Barette recourbe légèrement en dedans et parallèlement à l'arcade crurale et à deux travers de doigt au-dessus d'elle le tiers inférieur de l'incision ; légère modification qui donne plus de jeu pour la découverte des tumeurs volumineuses et pour la libération des adhérences péri-appendiculaires.

Sur les dix-sept observations que nous présentons, M. Barette a pratiqué seize fois cette incision latérale suivant le procédé de M. Jalaguier et il s'en est toujours fort bien trouvé. Il est facile du reste de prolonger l'incision en haut et en bas suivant les besoins. Cette incision donne beaucoup plus de jour que les deux précédentes et elle occasionne des sections musculaires moindres. La plaie opératoire est plus facile à suturer.

Une seule fois M. Barette eut recours à l'incision médiane. Dans ce cas, (obs. V), la malade, en plus de l'appendicite qui avait été reconnue, souffrait de douleurs ovariennes du côté gauche et les règles étaient disparues

depuis six mois. Cette incision médiane était justifiée et l'on trouva en effet l'ovaire gauche parsemé de petits kystes que furent ponctionnés au thermocautère. Dans ce cas, il n'y avait pas de tumeur péri-appendiculaire.

L'incision médiane est à juste titre rejetée par la plupart des chirurgiens et M. Routier qui lui accordait d'abord la préférence dut l'abandonner pour adopter l'incision latérale. Mais il est des cas, et notre observation en est une preuve, où il est indiqué de recourir à l'incision médiane.

Recherche de l'appendice. — C'est un des temps les plus importants de l'opération à froid. En effet, il est de toute nécessité de débarrasser le malade de son appendice car suivant l'expression de M. Roux, le malade ne doit se considérer comme guéri que lorsqu'il a son appendicite dans sa poche. La première chose à faire c'est de reconnaître la face antérieure du cœcum et son extrémité inférieure, ainsi que l'abouchement de l'iléon. On recherche alors l'appendice, souvent voilé par des exsudats plastiques plus ou moins épais. Il est parfois très difficile de le reconnaître. Dans plusieurs cas, nous avons vu M. Barette ne le trouver qu'après avoir avec le pouce et deux doigts de la main gauche saisi la terminaison de l'iléon et son meso. C'est dans l'épaisseur de l'induration sous-iléale et à partir de la face interne du cœcum correspondant qu'il trouvait l'épaississement formé par l'appendice englobé et alors, il le dissociait avec le doigt ou un instrument mousse en amorçant cette dissection sur le point de départ cœcal de l'appendice.

Il arrive parfois qu'on ne peut trouver le vermium.

MM. Schwartz, Routier, Reclus ont cité des cas où il leur fut impossible de mettre le doigt dessus. Il vaut mieux alors, lorsqu'il est noyé au milieu d'adhérences volumineuses, renoncer à l'extirper, car on s'exposerait en le libérant malgré tout à des accidents semblables à celui de M. Delorme dont le malade succomba au choc opératoire ; et cela d'autant plus que la guérison peut s'obtenir sans la résection de l'appendice.

Dans quelques cas d'ailleurs, quand on a dissocié les exudats, on ne trouve comme trace de l'appendice que quelques petits magmats d'apparence caséuse, indices de la résorption d'anciens foyers inflammatoires dans lesquels l'appendice a été totalement détruit. Il faut alors se borner à gratter soigneusement avec l'ongle ou plutôt avec une curette mousse ces petits magmats et à drainer la plaie pour terminer l'opération.

Résection de l'appendice. — Trois méthodes s'offrent au chirurgien :

1. Obturer exactement par des sutures l'extrémité réséquée de l'appendice.

2° Enfouir le moignon dans un repli de la couche péritonéale voisine du cœcum.

3° Combiner les deux méthodes.

Premier procédé dit à manchette. 1° Incision circulaire du péritoine à un centimètre environ du point d'insertion de l'appendice pour obtenir une manchette séreuse qu'on relève ;

2° Ligature perdue au catgut de la tunique musculo-muqueuse ;

3° Enfouissement de cette ligature par la fermeture de

la manchette séreuse, à l'aide de trois ou quatre points de catgut fins appliqués à la Lembert. Avant de suturer la manchette, toucher la section musculo-muqueuse déjà étreinte par la ligature au thermo-cautère.

Dans certains cas l'appendice est tellement friable que l'on ne peut faire la suture sero-séreuse. M. Barette se contente alors de faire une ligature au catgut, de toucher au thermo-cautère le moignon ; mais dans ce cas il est de toute sécurité de terminer par le drainage. De cette façon, si la ligature, placée sur l'appendice très friable, tombe et si la lumière de l'appendice peut laisser passer quelques matières intestinales, cette fistule, qui se guérira presque toujours seule, se fait jour à l'extérieur par le drainage et ne crée pas un foyer d'infection péritonéale.

Avant la restauration de la paroi, on s'assurera de la propreté du foyer opératoire ; on touchera les parties suspectes au thermo-cautère et on réséquera avec soin les portions du grand épiploon, qui auront fait partie du magmat inflammatoire.

Restauration de la paroi. — La solidité de la paroi dépend beaucoup de la façon suivant laquelle elle sera suturée. Bien que certains chirurgiens prétendent que la fermeture par un seul plan de suture n'expose pas à l'éventration, nous préférons la méthode qui a été employée par M. Barette dans nos dix-sept observations et qui consiste à suturer la paroi couche par couche en trois plans :

1° surjet au catgut pour le péritoine.

2° suture au catgut des muscles et de l'aponévrose.

3^e suture de la peau au crin de florence.

M. Barette n'a jamais eu la plus petite complication et la fermeture de la paroi a été complète et d'une solidité à toute épreuve dans le cas même où il fut obligé de laisser un hiatus pour passer le drainage.

Dans le cas où on aurait ouvert quelques petits foyers suppurés, on ferait un drainage à l'aide d'une mèche de gaze iodoformée.

Si aucune complication ne survient pendant l'opération, on ferme complètement la paroi abdominale. Pansement compressif qui ne devra être remplacé que huit jours plus tard après l'enlèvement des points de suture.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Appendicite à répétition. Appendicite catarrhale chronique sans adhérences. Appendicectomie à froid pratiquée 6 à 7 mois après le début de la maladie. Chloroformisation. Guérison.

Militaire, 22 ans. La maladie a débuté au mois de septembre 1898 par une constipation opiniâtre. En même temps se sont fait sentir par petites crises des douleurs dans tout le côté droit du ventre. Ces accès douloureux, plus marqués quelques heures après les repas, ont disparu après quelques jours de repos, mais reparaissaient quand le malade se fatiguait à la marche.

Le 15 mars 1899. — Date de son entrée à l'hôpital, la pression fait éprouver au malade une sensation douloureuse bien marquée au point de Mac Burney. On sent profondément une tumeur assez volumineuse, bien délimitée dans la fosse-iliaque droite, et qui se laisse facilement déplacer de droite à gauche. Pas de météorisme abdominal, pas de vomissements. La température est nulle, le pouls est normal.

Le 28 mars. — Laparotomie latérale le long du bord externe du muscle droit. Incision de 12 centimètres, prenant pour centre le point de Mac Burney. Découverte facile du cœcum et de l'appendice qui est volumineux, tuméfié, sans adhérences périphériques. Résection à manchettes, ligature au catgut, enfouissement

du point lié et sectionné au moyen de trois points de suture à la Lembert. Suture de la paroi abdominale à trois plans.

Suites opératoires apyrétiques. Guérison.

OBSERVATION II

Appendicite à répétition. Appendicite catarrhale chronique. Appendicectomie à froid, trois ans après l'apparition des premiers symptômes. Appendice dissimulé dans des adhérences totales. Chloroformisation. Guérison.

Homme, 25 ans. Le malade a commencé à se plaindre au mois d'août 1896 de constipation opiniâtre, de douleurs dans l'abdomen plus marquées à droite. Ces douleurs revenaient tous les jours au moment de la digestion et disparaissaient complètement dans l'intervalle.

Entrée à l'Hôtel-Dieu le 10 mai 1899. — La température et le pouls sont normaux. A l'examen clinique, pratiqué à plusieurs reprises, on réveille par la pression une douleur vive en un point très net dans le côté droit du ventre. On sent à la palpation une masse assez volumineuse, qui se laisse déplacer difficilement et qu'on ne peut délimiter d'une façon exacte. Toutefois en appuyant profondément on arrive à percevoir un corps arrondi et dur.

Le 27 mai 1899. — On pratique la laparotomie latérale le long du bord externe du muscle droit avec incision de 12 centimètres, légèrement recourbée en dedans et parallèlement à l'arcade crurale.

L'appendice est dissimulé en entier dans des adhérences épaissies, anciennes qui l'unissent au mésentère. On le sent par la palpation dans l'épaisseur du mésentère. Il est sous-coecal interne et sous-iléal.

Après l'avoir découvert par dissection et avec la sonde canne-

lée, on pratique la ligature double du méso et de l'appendice ; puis résection, suture de la collerette, enfouissement. Suture de la paroi abdominale à trois étages.

Les suites de l'opération sont absolument normales. La guérison est complète.

L'appendice était perforé en plusieurs points.

OBSERVATION III

Appendicite catarrhale chronique. Appendicectomie à froid quatre mois après le début de la maladie. Température et pouls normaux. Chloroformisation. Guérison.

A..., 18 ans, entrée à l'hôpital de Caen le 26 mars 1899.

Erysipèle de la face à 14 ans. Premières règles à 16 ans. Bien réglée.

A été prise dans la nuit du 13 au 14 janvier 1899 de coliques très vives, limitées à l'hypochondre droit, sans rémission pendant trois heures.

Ventre sensible à la pression, nausées.

Le 14 janvier. — On constate de l'inappétence, mais les nausées ont disparu. Constipation.

Fin février. — Dans la nuit, mêmes coliques avec phénomènes semblables à ceux du mois de janvier. Toutefois la veille, elle était mal en train et n'avait aucun appétit.

Le lendemain il y a de la constipation. Les jours suivants l'état général est redevenu bon.

Pendant le mois de mars, nouvelles crises, revenant toujours la nuit, tous les deux ou trois jours et durant trois ou quatre heures. Le ventre est peu sensible le lendemain de la crise, mais l'appétit a disparu pendant cette période.

Dernières coliques dans la nuit du 25 au 26 mars.

Le 27 mars. — L'état général est excellent ; le ventre est souple. A la pression profonde on constate une douleur manifeste au point du Mac Burney, et une tumeur volumineuse, dure, peu facile à délimiter.

Le 13 avril. — On pratique la laparotomie latérale le long du bord externe du muscle droit par une incision de 12 centimètres, prenant pour centre le point de Mac Burney. Découverte rapide du cœcum et de l'appendice, qui est situé au-dessous du cœcum et en dedans. Il est doublé de volume, injecté, turgescent, très vasculaire, rempli de matières. L'extrémité est dure, tordue. Pas d'adhérences.

Résection par le procédé de la manchette. Enfouissement. Suture à trois plans de la paroi abdominale. Suites opératoires, apyrétiques. Guérison.

OBSERVATION IV

Appendicite chronique. Appendicectomie à froid, cinq mois après l'apparition des premiers symptômes. Température et pouls normaux. Chloroformisation. Guérison.

Enfant G..., 15 ans, élève au collège de T... Bien développé. N'a eu aucune maladie de l'enfance, sauf la rougeole à six ans.

Depuis plus d'un an se plaint de se fatiguer assez vite aux promenades et de ressentir cette fatigue dans le côté droit du ventre.

Est quelquefois constipé.

Au mois de décembre 1898, il eut une indigestion avec coliques dans le côté droit du ventre. Ce malaise dura deux jours.

Vers le 15 janvier 1899, état muqueux avec constipation, douleurs dans le ventre à droite. L'appétit est perdu. La marche est pénible. L'amaigrissement est assez marqué.

A l'examen, on trouve la région appendiculaire douloureuse ; très nettement au point de Mac Burney. Le ventre est un peu ballonné.

Le 15 avril 1899. — Laparotomie latérale le long du bord externe du muscle droit par une incision de 12 centimètres, prenant pour centre le point de Mac Burney.

Recherche facile de l'appendice qui est libre d'adhérences, injecté, recourbé en L, à concavité postéro-interne, embrassant l'iléon en dessous. Il est rouge hortensia. Le méso-appendice est triangulaire et très étroit.

Ligature séparée du méso et de l'appendice. Suture de la colerette. Suture de la paroi abdominale à trois plans.

Guérison absolument régulière et complète au bout de huit ou dix jours.

OBSERVATION V

Appendicite chronique. Appendicectomie à froid sept mois après le début de la maladie. Température et pouls normaux. Chloroformisation. Guérison.

Femme X..., âgée de 26 ans. Il y a six à huit mois, en octobre 1898, début obscur, cataménial. Suppression des règles. Depuis crises douloureuses du côté des ovaires et des seins.

Puis les douleurs se réveillent surtout trois ou quatre heures après les repas dans la fosse iliaque droite. Pas de constipation.

A un premier examen, tout le bas-ventre est assez sensible. Les douleurs sont plus marquées au niveau des ovaires, surtout à gauche. On constate également une douleur très vive au point de Mac Burney, bien distincte de la douleur de l'ovaire droit.

Quinze jours après et à la suite d'une purgation, le ventre

n'est pas tuméfié ; mais on constate de nouveaux points douloureux au niveau de l'appendice.

Le jeudi 20 avril 1899. — Laparotomie médiane, à cause des douleurs ovariennes.

La découverte de l'appendice est assez facile. Il est très gros : trois fois le volume normal ; très congestionné. Il est situé en bas, en dedans du cœcum et sous l'iléon. Le méso est volumineux, mais peu large.

Résection de l'appendice et suture de la collerette. Enfouissement.

Igni-puncture de l'ovaire gauche micro-kystique. Suture de la paroi abdominale à trois plans. Suites opératoires excellentes.

Au 9^e jour après l'opération, retour des règles disparues depuis six mois. Elles durent quatre à cinq jours. Elles sont normales et abondantes.

OBSERVATION VI

Appendicite tuberculeuse avec péritonite tuberculeuse péri-appendiculaire. Appendicectomie à froid deux ans après le début de l'affection. Chloroformisation. Guérison.

Enfant G..., 16 ans ; jamais malade pendant l'enfance. A commencé à souffrir dans le ventre il y a deux ans environ. Fut prise subitement dans la nuit et sans cause connue de douleurs du côté droit du ventre. Depuis ce temps a toujours souffert plus ou moins. Habituellement constipée avec quelques débâcles.

Depuis deux mois, elle ressent des douleurs beaucoup plus vives et continuelles surtout le soir. Constipation plus marquée. Diminution de l'appétit. Haleine mauvaise.

Etat actuel. — N'a jamais été réglée. Mouche habituellement

du sang, sans épistaxis abondante. Depuis deux mois douleurs assez vives du côté des ovaires.

Ventre sans ballonnement ni rétraction.

Il existe au niveau du point de Mac Burney une douleur très vive provoquant la défense de la paroi musculaire. Cette douleur s'est exagérée depuis deux mois au point d'empêcher la marche. Pas de vomissements.

Le 12 mai 1899. — Laparotomie latérale sur le bord externe du muscle droit.

Le péritoine est parsemé de granulations tuberculeuse grisâtres et l'appendice est entouré de granulations et d'adhérences molles.

Réssection en manchette de l'appendice. Suture de la collerette. Fermeture de la paroi abdominale à trois plans. Suites opératoires apyrétiques. Guérison.

OBSERVATION VII

Appendicite chronique, deuxième attaque. Appendicectomie pendant la période d'augment. Chloroformation. Guérison.

A..., 24 ans. Très vigoureuse, a eu il y a deux ans une crise de douleurs très vives dans le côté droit du ventre qui a duré deux jours. Depuis, elle n'a rien ressenti. Constipation habituelle. Règles normales.

Du dimanche 16 avril 1899 au mercredi 18 influenza manifeste : fièvre, angine, courbature.

Le mercredi soir, vers 9 heures, elle ressent une douleur vive dans le côté droit du bas ventre. Application de cataplasmes.

Le jeudi, la douleur s'accroît davantage ; le Dr S..., reconnaît

la localisation au point de Mac Burney et fait appliquer deux sangsues. Le soir, piqûre de morphine.

Le vendredi soir, 21 avril, on constate une sensibilité diffuse à tout l'abdomen et une douleur très vive au point de Mac Burney. Défense musculaire ; pouls 120, température 37°6.

Samedi 22 avril. — Même état ; ventre moins tendu. Un lavement n'a donné aucun résultat. Le pouls donne 120 ; la température est à 37°9.

Laparotomie latérale le long du bord externe du muscle droit. Incision de 15 centimètres.

L'appendice a trois fois son volume normal. Il est en tire-bouchon et situé au-dessous du cœcum distendu par les gaz. Très congestionné. Le meso est gros, triangulaire.

Résection en manchette après ligature double sur le méso et l'appendice. Suture de la collerette. Fermeture de la paroi à trois plans.

Suites opératoires très bonnes ; selles abondantes.

Cessation immédiate des douleurs. Quelques vomissements chloroformiques pendant deux jours.

Samedi 27. — Enlèvement des sutures. Guérison parfaite. Pas de douleurs. Selles normales, quoique les lavements soient encore nécessaires.

OBSERVATION VII

Appendicite à répétition. Appendicectomie à froid 15 à 16 mois après l'apparition des premiers symptômes. Appendice sous et postéro-cœcal. Peri-appendicite abondante. Appendicite chronique scléreuse. Chloroformisation. Guérison.

Femme B..., 19 ans. Entrée à l'hôpital de Caen le 8 juin 1898.

Au commencement du mois de mars 1898, cette femme fut

prise au point de Mac Burney de douleurs aiguës, accompagnées de constipation, qui, quoique habituelles, augmentaient à cette époque. Purgations répétées, sangsues. Cet état dure un mois.

Depuis ce moment jusqu'au mois de mars 1899 la malade a toujours senti de légères douleurs qui reparaissent de temps en temps. La constipation était habituelle. Pas de troubles menstruels, sinon une augmentation des règles depuis le commencement de la maladie.

Le 3 mars. — Les douleurs se sont accentuées et la malade a dû garder le lit pendant à peu près un mois.

Environ 3 semaines après, attaque de grippe qui a duré une quinzaine de jours. La malade a dû s'aliter presque constamment depuis cette époque.

Etat actuel : La constipation a disparu avec les purgatifs. Selles régulières tous les deux jours. Facies bon ; ventre normal. Douleurs très vives au point de Mac Burney et s'irradiant dans tout le côté droit du ventre. Pas de nausées ni de vomissements.

Opération le 12 juin : Laparotomie latérale. Recherche laborieuse de l'appendice, qui est couché au-dessous du cœcum et remonte en arrière et en dehors de lui. Il est soudé dans d'anciens exsudats, qui circonscrivent une masse gélatineuse du volume d'une noisette, dont le tissu est semé de petits points jaunâtres (peut-être exsudats purulents résorbés).

Résection en manchette. Suture de la collerette. Fermeture de la paroi abdominale à trois plans. Suites normales apyrétiques. Guérison.

OBSERVATION IX

Appendicite chronique sans grandes crises aiguës. Appendicectomie à froid sept mois après le début de la maladie. Appendice sclérosé avec sténose. Corps étrangers de l'appendice (grains de plomb). Chloroformisation. Guérison.

Mme Saint-H..., âgée de 46 ans a toujours été habituellement constipée. Depuis le mois de septembre 1897, souvent elle ressentait dans le côté droit du ventre des douleurs assez vagues. Ces petites crises duraient quelques heures et se calmaient ensuite.

A l'examen clinique, pratiqué à plusieurs reprises en décembre 1897, janvier et mars 1898 on constata un léger météorisme. Au niveau du point de Mac Burney la pression réveillait toujours une douleur vive et une palpation minutieuse révélait la présence d'un petit organe très douloureux, allongé, roulant sous le doigt et présentant l'aspect d'un petit corps cylindrique. Aucun signe de lithiase rénale ou biliaire. Annexes droites indolores, gauches, un peu sensibles.

Le 13 avril 1898. — Laparotomie latérale le long du bord externe du muscle droit, par une incision de huit centimètres, prenant pour centre le point de Mac Burney. Découverte rapide du cœcum et de l'appendice, qui est injecté, bosselé, sans adhérences périphériques. Ligature double du méso-appendice ; section du méso ; section circulaire de la séreuse et de la musculieuse de l'appendice à un demi centimètre de son insertion au cœcum. Ligature au catgut ; section complète au-dessous de la ligature et ablation de l'appendice. Enfouissement du point lié et sectionné au moyen de trois points de suture sero-séreuse à la Lambert. Fermeture du ventre à l'aide de la suture à trois étages.

Suites de l'opération absolument normales et apyrétiques.

Depuis, les crises douloureuses ne se sont pas reproduites et les fonctions de l'intestin se sont régularisées.

L'appendice enlevé, était long de neuf centimètres à l'état frais. Il présentait deux bosselures, une inférieure, allongée, séparée de la supérieure par un étranglement manifeste. L'incision longitudinale nous a montré dans la bosselure supérieure deux grains de plomb n^{os} 5 et 6, surmontant quelques concrétions fécales dures. Pas de pus. Au niveau du rétrécissement, la paroi de l'appendice est épaissie et sclérosée, le calibre presque complètement effacé. Au niveau de la bosselure inférieure, le calibre ne contient que quelques fins débris granuleux ; la paroi est épaissie.

En somme, nous avons ici une appendicite chronique montrant des lésions de sclérose, qui semblent avoir été provoquées par la présence des corps étrangers ; les grains de plomb.

OBSERVATION X

Appendicite à répétition. Appendicectomie à froid après une seconde crise aiguë. Ethérisation. Guérison.

Mlle A..., 19 ans, avait toujours joui d'une bonne santé, quoique habituellement constipée, lorsqu'elle fut prise au mois d'août 1898 d'une poussée très nette d'appendicite qui fut reconnue et soignée par le Dr F. de Saint-Pierre-sur-Dives. Elle dura cinq à six jours et se termina par résolution. La jeune fille, quoique rétablie, se plaignait souvent après la marche ou le travail de douleurs dans le côté droit du ventre. Le vendredi 15 novembre 1898, elle ressent une douleur très vive avec nausées et vomissements. Le médecin appelé prescrit un vésicatoire volant et un purgatif léger.

Le lundi 21. — Quatre jours après le début, on constatait une

tuméfaction allongée, dure, très douloureuse au point de Mac Burney. Point de retentissement péritonéal ; point d'élévation de la température. Il y avait eu dans la journée d'abondantes évacuations alvines. Décroissance de tous les symptômes les jours suivants. Règles normales le jeudi 24 au dimanche 27.

L'opération à froid, réclamée par la malade et conseillée par le D^r F... et nous est pratiquée le mardi 29 novembre. Après anesthésie par l'éther, laparotomie latérale, prenant pour centre le point de Mac Burney. L'appendice est situé au-dessous du cœum et muni d'un méso-triangulaire. Il est rouge et turgescent, Quelques très minces membranes rouges de péri-appendicite plastique très faciles à dissocier l'entourent.

Résection et suture de l'appendice. Fermeture de la paroi à trois plans. Suites opératoires absolument normales.

L'appendice enlevé a 8 centimètres et demi de long. Il est finement vasculaire à la surface, peu augmenté de volume. Il présente un rétrécissement à deux centimètres de son extrémité. Après l'avoir incisé suivant sa longueur, on trouve la muqueuse très injectée. Des concrétions fécales dures remplissent les deux tiers supérieurs de la cavité ; elles sont entourées d'une couche grisâtre purulente. Dans la partie inférieure du vermium, au-dessous du point rétréci, existent des concrétions dures, plus décolorées et plus anciennes que les premières.

OBSERVATION XI

Appendicite chronique à répétition non supprimée. Appendicectomie à froid 15 à 18 ans après l'apparition des premiers symptômes. Appendice sclérosé avec sténose Chloroformisation. Guérison.

Femme H... 27 ans. Toujours bien réglée. Ni enfants, ni fausses couches.

A l'âge de 11 ans, première crise douloureuse dans le ventre sans que la malade puisse préciser. Pas de vomissements; très peu de constipation. Reste alitée pendant un mois. Depuis toujours constipée.

De temps en temps, douleurs vagues dans le bas-ventre l'obligeant à garder le lit, mais ne durant que un ou deux jours avec anorexie. Au commencement d'avril 1899, crise douloureuse très aiguë. Constipation opiniâtre. Ventre douloureux, tendu. Trois ou quatre jours après vomissements bilieux. Application de sangsues, purgatifs. Amélioration au bout de trois semaines. La malade continuait à souffrir cependant et toujours dans la fosse iliaque droite et dans la jambe droite, surtout après la marche.

Vers le 1^{er} juin 1899. — Douleurs plus intenses vite calmées par l'application de sangsues. La malade se décide à entrer le 15 juin à l'hôtel-Dieu.

A l'examen. — Figure un peu fatiguée; appétit assez bon; langue normale; constipation. Le ventre est souple; la pression superficielle n'est pas douloureuse, tandis que la pression profonde est mal supportée. Un peu au-dessous du point de Mac Burney, on sent un peu d'empatement profond.

Le 19 juin 1899. — Laparotomie latérale le long du bord externe du muscle droit.

Adhérences étendues du grand épiploon à la paroi abdominale enveloppant en bas le cœcum et l'appendice. L'appendice plié et coudé à angle très aigu, en V, est collé à la face gauche du mésentère, sous-iléal, par des adhérences peu résistantes.

Résection. Suture des moignons. Résection des franges épiploïques. Suture de la paroi abdominale à trois plans.

L'appendice long de 9 centimètres a un volume normal surtout

dans la moitié inférieure ; un peu turgescents dans le quart moyen.

Atrophie et oblitération du calibre dans la moitié inférieure.

Guérison.

OBSERVATION XII

Appendicite catarrhale chronique. Appendicectomie à froid 4 à 5 ans environ après le début de la maladie. Appendice turgescents, gros, injecté. Température nulle. Pouls normal. Chloroformisation. Guérison.

Femme M..., 45 ans, entrée à l'hôpital le 20 juin 1899.

La malade ne peut préciser exactement depuis quelle époque elle ressent une douleur assez vive dans le côté droit avec faiblesse prédominant dans le même côté. Constipation habituelle, combattue par des laxatifs.

Il y a deux ans environ douleur plus aiguë qui la force à garder le lit pendant un mois. Constipation pendant tout ce temps.

Depuis, elle ressent une douleur continue dans le côté, mais qui lui permettait cependant de travailler. La malade est restée en cet état jusque il y a une huitaine de jours. A ce moment, elle fut prise de douleurs plus violentes dans le ventre et dut s'aliter complètement.

La constipation a fait place à la diarrhée. Douleurs dans tout le ventre, surtout très accentuées à la pression dans le côté droit. La hanche et la cuisse de ce côté sont aussi douloureuses.

Après les repas, gonflement du ventre et diarrhée alternant avec la constipation. Anorexie. Pendant huit jours purgatifs et antiseptiques intestinaux.

A son entrée à l'hôpital, on trouve dans la fosse iliaque droite un point douloureux très accusé et bien localisé avec quelques irradiations dans tout l'abdomen. Température à l'arrivée 37°6.

Le 25 juin. — Opération. Laparotomie latérale le long du bord externe du muscle droit. Recherche de l'appendice situé sous le cœcum et entièrement coudé à angle droit par une cicatrice dure de son méso. Il est turgescent et injecté. Longueur 9 centimètres.

L'appendice est très vasculaire ; le méso est très court, plein de graisse. Pas d'adhérences. Résection à manchette. Suture et fermeture de la paroi abdominale à trois plans.

Guérison.

OBSERVATION XIII

Appendicite à répétition en poussées aiguës. Appendicectomie trois ans après l'apparition des premiers symptômes de la maladie. Appendice scléreux. Chloroformisation. Guérison.

T..., gendarme, 37 ans. Entre à l'hôpital de Caen, le 28 juin 1899.

Antécédents personnels. — Dothiémentérie à 22 ans, étant au régiment. Erysipèle pendant cette maladie.

Reste à l'hôpital pendant 31 jours et est envoyé en convalescence. Depuis selles très régulières.

A été pris pour la première fois, il y a trois ans à la suite d'une chute de cheval et 15 jours après cet accident, de douleurs très aiguës dans le côté droit du ventre. En même temps constipation opiniâtre. Le malade essaya de faire son service cependant ; mais il fut obligé de s'aliter et resta ainsi un mois environ. Le ventre

était dur, douloureux. Point d'appétit. Un peu de fièvre. Pas de vomissements. Sangsues. Purgatifs répétés. Un peu d'ictère.

Depuis a été repris tous les ans des mêmes douleurs avec les mêmes symptômes et toujours un peu d'ictère.

De temps en temps le malade avait des douleurs dans la fosse iliaque droite qui disparaissaient assez vite avec des purgations.

A été pris cette fois, dans la nuit du 26 au 27 juin, de douleurs très violentes à droite. Pas de vomissements. Constipation. Fièvre. Le malade continue à marcher cependant. Il entre à l'hôpital le 8 juin.

Le 29. — A l'examen, le malade présente l'aspect suivant : Il est abattu ; les conjonctives sont un peu jaunes. Le ventre est souple, mais très douloureux au point de Mac Burney. Température 38°. Pouls 86.

Opération le même jour. Laparatomie latérale sur le bord externe du muscle droit.

Le grand épiploon est adhérent au cœcum. Découverte de l'appendice sous-cœcal interne et sous-iléal complètement fixé par des fausses membranes. Ligature et résection de l'appendice. Drainage et suture de la paroi.

Les suites de l'opération ont été normales. Cependant l'ictère augmente le 1^{er} et le 2 juillet. Les urines et les fèces sont décolorées. Lavements fréquents. La plaie est en très bon état.

Le 7 juillet. — L'ictère a presque disparu.

Le malade est mieux, commence à manger. Depuis la santé est devenue excellente.

Appendicite chronique post-typhoïdique à répétition. — Appendicectomie à froid six mois après le début de la maladie. — Appendice scléreux. — Chloroformisation. — Guérison.

All.... militaire, 23 ans.

Fièvre typhoïde débutant vers le 14 octobre 1898. Parti en convalescence le 16 décembre suivant.

Quelques jours après a été pris chez lui de constipation avec douleurs violentes dans la fosse iliaque droite s'irradiant à la cuisse du même côté. Durée un mois.

Après cette crise les douleurs du ventre ont duré très intenses surtout pendant la marche et ne se sont calmées que peu à peu. A été soigné à l'hôpital de Lons-le-Saulnier pour lumbago et en est sorti avec un mois de convalescence.

Il rentre à Caen le 19 juin et est admis à l'hôpital le 22 suivant.

Examen local.— Pas de tuméfaction du ventre. On perçoit très nettement une douleur suivant le point de Mac Burney et une masse allongée du volume du doigt, roulant sous la pression et douloureuse.

Opération le 3 juillet : Laparotomie latérale le long du bord externe du muscle droit.

Aucune adhérence. L'appendice est trouvé immédiatement sous-cœcal. Il est long, semble de volume normal, injecté, teinte hypertensia.

Pas de péri-appendicite sous-cœcal ni iliaque.

Résection à manchette ; suture. Fermeture du ventre à l'aide de la suture à trois étages.

L'appendice est ouvert. Près de son extrémité libre on trouve deux ou trois petites ulcérations très nettes et entre elles un piqueté hémorrhagique de la muqueuse.

OBSERVATION XV.

Appendicite chronique scléreuse. Appendicectomie à froid un an après l'apparition des premiers symptômes. Chloroformisation. Guérison.

Homme 19 ans. La maladie a débuté par une constipation opiniâtre. En même temps sont apparues des douleurs qui revenaient par accès d'abord assez fréquents puis presque quotidiens. Dans l'intervalle la santé était bonne ; toutefois le malade éprouvait peu d'aptitude au travail, l'appétit diminuait et l'amaigrissement avait fait des progrès sensibles.

Entrée à l'hôpital le 25 juin 1899. A l'examen local on constate de la sensibilité généralisée à tout l'abdomen ; mais à la pression au point de Mac Burney, on éveille une douleur très nette et très marquée. Le ventre est dur, pas ballonné et l'on est obligé de faire relever les cuisses du malade pour relâcher les muscles de l'abdomen et palper profondément la région appendiculaire. La pression profonde révèle une petite tumeur assez facile à délimiter, roulant sous les doigts, douloureuse.

La constipation a cédé aux laxatifs. La fièvre est nulle et le pouls est normal.

Le ventre est toujours douloureux.

Le 10 juillet. — Opération. La paratomie latérale sur le bord externe du muscle droit.

L'appendice est facilement découvert. Il est long de neuf centimètres, situé sous l'iléon.

A un centimètre de son extrémité, il est sclérosé et transformé en cet endroit en une lame fibreuse qui sépare l'extrémité dilatée du reste de l'appendice.

Résection à manchette. Suture au catgut et enfouissement. Suture de la paroi abdominale à trois plans.

Suites apyrétiques normales. La guérison est complète au bout de dix à douze jours.

OBSERVATIONS

de fausses appendicites chroniques pour servir au diagnostic.

OBSERVATION XVI

Fausse appendicite chronique. Néoplasme iléo-cœcal appendiculaire. Opération six ans au moins après l'apparition des premiers symptômes.

Femme L..., 42 ans. Entrée à l'Hôtel-Dieu le 23 juin 1899.

Très nerveuse. Règles normales. Toujours très constipée. A 19 ans, maladie d'intestin (?) A 27 ans fièvre typhoïde. A 38 ans pleurésie de longue durée.

Il y a six ou huit ans, a été prise au milieu d'une bonne santé de vomissements très abondants bilieux et même un peu fécaloïdes avec quelques douleurs abdominales. Constipation ; céphalée.

Quelques jours après, la malade est prise tous les 3 mois environ d'abord, mais de plus en plus fréquemment maintenant de ces mêmes crises douloureuses. Elles ont diminué d'intensité depuis qu'elles sont plus rapprochées, jamais accompagnées de vomissements ; un peu d'anorexie.

Depuis un mois, surtout après les repas, fortes coliques reve-

nant presque quotidiennement, quelquefois plusieurs fois par jour, mais n'empêchant pas la malade de travailler. Constipation opiniâtre.

Etat actuel. — Langue normale. La pression très profonde dans la fosse iliaque droite détermine de la douleur vive. On perçoit par la palpation une tumeur dure un peu bosselée dans la région iléo-coecale, mobile transversalement.

Le mercredi 28 juin. — Opération. Laparotomie latérale le long du bord externe du muscle droit.

Au lieu d'un appendice seul malade, on trouve toute la région iléo-coecale transformée en une masse néoplasique. La cavité coecale a disparu. La cavité de l'appendice est oblitérée complètement.

Résection de la région malade et du mésentère adjacent. Fermeture en cul-de-sac du côlon ascendant. Abouchement latéral de l'iléon avec le côlon.

L'examen histologique de la masse réséquée a démontré que c'était de l'épithélioma.

Suites normales :

Le jeudi, 29 au soir. — Léger lavement qui reste sans effet. Le vendredi 30, un peu de calomel, un lavement, donnent une selle légère le soir. Samedi 1^{er} juillet, calomel : deux selles abondantes.

Nuit du 1^{er} au 2. — Selles abondantes. Point de sang dans les fèces. Nombreux gaz. Langue légèrement saburrale.

La guérison s'est faite d'une façon régulière et jusqu'ici la malade n'a pas encore présenté de récurrence.

OBSERVATION XVII

Néoplasme iléo-cœcal simulant une appendicite chronique. Opération. Chloroformisation. Mort.

Femme de 35 ans.

Antécédents. — Sœur morte de tumeur de l'intestin (?)

Prise depuis trois ans de douleurs vagues dans le côté droit du ventre. Alternatives de constipation et de diarrhée. Il y a un an petite hémorrhagie intestinale. Depuis trois mois surtout amaigrissement marqué. Constipation plus opiniâtre. Crises douloureuses accompagnées de coliques et de débâcles diarrhéiques. Phénomènes de dyspepsie gastrique, quelquefois vomissements.

A l'examen, on trouve une tumeur résistante, douloureuse, un peu allongée de haut en bas dans la région iléo-cœcale.

Le 20 septembre. — *Opération.* — Laparotomie latérale. Décollement et résection d'adhérences épiploïques recouvrant la masse morbide. Cette masse comprend la terminaison de l'iléon, le cœcum et l'appendice, supporté par un mésentère épaissi et contenant les ganglions lymphatiques tuméfiés.

Excision de toute la masse et d'une partie correspondante du mésentère, empiétant de dix centimètres sur l'iléon et autant sur le côlon ascendant. Occlusion du côlon; abouchement de l'iléon dans le côlon.

Pendant 48 heures, suites de l'opération normales. Au 3^e jour, hématomèse de sang rouge très abondante (plus d'un demi-litre). Cet accident se reproduit encore douze heures après et amène la mort de la malade.

CONCLUSIONS

1° — L'appendicite chronique est beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense.

2° — Elle reconnaît les mêmes causes que l'appendicite aiguë et le plus souvent elle n'est que le passage à la chronicité de celle-ci.

3° — Il semble cependant que dans beaucoup de cas, spécialement chez les constipés habituels, elle reconnaît pour cause un état pathologique chronique de l'intestin qui s'y est localisé.

4° — Le diagnostic, facile quand elle succède à des crises aiguës, devient beaucoup plus difficile quand elle s'établit lentement et s'accompagne seulement de troubles digestifs et d'un état douloureux continu ou fréquemment répété du côté de l'intestin.

5° — Elle peut alors simuler la tuberculose de la région iléo-cœcale ou des néoplasies de cette même région.

6° — L'intervention chirurgicale est actuellement le moyen sûr et efficace de guérir cette affection.

Vu : le Président de la thèse,
LE DENTU

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- QUÉNU. — Indications opératoires dans l'appendicite chronique.
(Société de chirurgie 1^{er} et 15 juin 1892).
- DIEULAFOY. — Etude sur l'appendicite. Académie de médecine
(10 mars 1896).
- GORDON (Mlle). — Thèse de Paris 1896. L'appendicite chez
l'enfant.
- BRUN. — Appendicite chronique. Résection à froid de l'appen-
dice. (Presse médicale 1897 page 208-210).
- BEAUSSENAT. — Thèse de Paris 1897. Appendicites expérimen-
tales. Pathogénie de l'appendicite.
- ENAULT (V.). — Thèse de Paris 1897. Contribution à l'étude de
l'appendicite, particulièrement à siège pelvien.
- ANGHEL (P.). — Thèse de Paris 1898. Etude sur la pathogénie
de l'appendice.
- BRUN. — Appendicite chronique. Presse médicale (30 mars
1898).
- QUÉNU. — Traitement de l'appendicite chronique (Journal des
praticiens, avril 1898).
- Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale (mars, avril
1898).
- WEMBERG (Michel). — Thèse de Paris, 22 juillet 1898. Résumé
des études histologiques des formes communes de l'ap-
pendicite.

BARNSBY (Henry). — Thèse de Paris 1898. Appendicite et annexite.

MARSON (Damien). — Thèse de Paris 1898. Etude des complications vésicales dans l'appendicite.

JALAGUIER. — In traité Duplay-Reclus.

Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale (mars-avril 1899).

Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale (mai-juin 1899).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	9
INTRODUCTION	10
CHAPITRE I. — Pathogénie	12
CHAPITRE II. — Etiologie	17
CHAPITRE III. — Anatomie pathologique.	21
CHAPITRE IV. — Symptomatologie.	30
CHAPITRE V. — Diagnostic	38
CHAPITRE VI. — Traitement.	44
OBSERVATIONS	53
CONCLUSIONS	74
BIBLIOGRAPHIE	75





